

## OŚWIADCZENIE O BRAKU KONFLIKTU INTERESÓW

**Jednostka:** Komenda Powiatowa Policji w Starogardzie Gd.

**Data:** .....

**Imię i Nazwisko:**

**Stanowisko:**

**Jednostka/Komórka Organizacyjna:**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że w związku z wykonywaniem moich obowiązków dotyczących rozpatrywania zgłoszeń od sygnalisty w ramach przepisów ustawy o ochronie osób zgłaszających naruszenia prawa, nie znajduję się w sytuacji konfliktu interesów, który mógłby wpłynąć na moją bezstronność, obiektywizm lub rzetelność w wykonywaniu powierzonych mi zadań.

W szczególności oświadczam, że:

1. Nie mam żadnych osobistych, finansowych ani zawodowych powiązań z osobą składającą zgłoszenie, które mogłyby wpłynąć na moją bezstronność.
2. Nie jestem w żaden sposób zainteresowany wynikiem rozpatrywania zgłoszenia, który mógłby prowadzić do korzyści lub strat dla mnie lub osób mi bliskich.
3. Nie pozostaję w relacjach rodzinnych, towarzyskich lub zawodowych z osobami zaangażowanymi w sprawę zgłoszoną przez sygnalistę.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania przełożonego w przypadku ujawnienia okoliczności mogących prowadzić do powstania konfliktu interesów podczas dalszego prowadzenia sprawy.

Jestem świadomy/a, że zatajenie informacji o konflikcie interesów lub niezgłoszenie jego pojawienia się może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną oraz naruszeniem przepisów ustawy o ochronie sygnalistów.

Imię i Nazwisko:.....

Data:.....

Podpis.....